



Piskó Község Önkormányzat

7838 Piskó, Kossuth u.32.

Tel.: 73/485 - 141

E-mail: hivatal@vajszlo.hu

KÉRELEM

Települési ápolási támogatás megállapítására

Személyes adatok

Az ápolást végző személyére vonatkozó adatok:

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy életvitelszerűen

- a lakóhelyemen
 a tartózkodási helyemen élek.

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: □□□ - □□□ - □□□

Állampolgársága:

Telefonszám (nem kötelező megadni):

A kérelmező családi állapota:

- egyedülálló (hajadon, nőtlen, özvegy elvált, házastársától külön él)
(A megfelelő választ aláhúzással kell jelölni!)
 házastársával/élettársával él együtt.

Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri):

.....

A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:

A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

- szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy
 EU kék kártyával rendelkező, vagy
 bevándorolt/letelepedett, vagy
 menekült/oltalmazott/hontalan.

Az ápolat személlyel való rokoni kapcsolat:



Piskó Község Önkormányzat

7838 Piskó, Kossuth u.32.

Tel.: 73/485 - 141

E-mail: hivatal@vajszlo.hu

Az ápolts személyre vonatkozó adatok

I. Személyes adatok

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési helye, ideje (év, hó, nap):

Lakóhelye:

Tartózkodási helye:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: □□□ - □□□ - □□□

Ha az ápolts személy nem cselekvőképes, a törvényes képviselő neve, elérhetősége:

.....

II. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat

- Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.
- Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

Dátum:

.....
 ápolást végző személy aláírása

.....
 ápolts személy vagy törvényes
 képviselőjének aláírása

NYILATKOZATOK

1. Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.
2. Tudomásul veszem, hogy nem valós nyilatkozat esetén az abból adódóan jogosulatlanul és rosszhiszeműen felvett ellátást jogszabályban meghatározott kamattal megemelt összegben vissza kell térítenem.
3. Tudomásul veszem, hogy a kérelemben közölt adatok valóságát a szociális igazgatásról és a szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 10 § - ának (7) bekezdése alapján a szociális hatáskört gyakorló szerv – az állami adóhatóság illetékes igazgatósága útján – ellenőrizheti.
4. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.
5. Tudomásul veszem, hogy a tényállás tisztázása érdekében, a hivatal egyéb, a „Tájékoztató a csatolandó iratokról” szóló fejezet felsorolásában nem szereplő iratokat, nyilatkozatokat, dokumentumokat is bekérhet, továbbá azt, hogy az adatok valóságát környezettanulmány elvégzésével ellenőrizheti.



Piskó Község Önkormányzat

7838 Piskó, Kossuth u.32.

Tel.: 73/485 - 141

E-mail: hivatal@vajszlo.hu

6. Tudomásul veszem, hogy az eljárás során bármely határidő elmulasztása esetén mulasztásomat csak igazolási kérelem benyújtásával igazolhatom, mellyel egyidejűleg pótolnom kell az elmulasztott cselekményt. Az igazolási kérelmet az elmulasztott határnaptól, akadályoztatásom esetén annak megszűnésétől számított

8 napon belül kell benyújtanom, melynek elfogadásáról az elsőfokú hatóság dönt. Kérelmemhez mellékelnem kell a mulasztást igazoló iratot, dokumentumot.

Vajszló,

.....
kérelmező aláírása

A közigazgatási hatósági eljárás és szolgáltatás általános szabályairól szóló 2004. évi CXL. törvény 99. § (2) bekezdése alapján kérelmem kedvező elbírálása esetén fellebbezési jogomról lemondok.

Vajszló,

.....
kérelmező

A kérelem mellékleteként csatolni szükséges:

- az ápolást végző személy és az ápolat személyes okmányainak másolati példányát
- a háziorvos által kiállított igazolást a tartós betegség fennállásáról



Piskó Község Önkormányzat

7838 Piskó, Kossuth u.32.

Tel.: 73/485 - 141

E-mail: hivatal@vajszlo.hu

IGAZOLÁS
települési ápolási támogatás megállapításához

(Az ápoló személy háziorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

tartósan beteg.

Fenti igazolást nevezett részére

.....
.....
.....

szakvéleménye alapján állítottam ki.

Dátum:

.....
házi orvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.